

Bröstkomplikationer postpartum - Rutin - VO Kvinnosjukvård

Titel: Bröstkomplikationer postpartum	Dokumentkategori: Rutin	Omfattning: VO Kvinnosjukvård
Dokumentägare: Karin Fast, biträdande VC	Dokumentansvarig: Emelie Parling, chefssekreterare	Beslutsinstans: -
Diarienummer: Ej tillämpligt		Datum för översyn: Se datum t.o.m.

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Allmänt	2
3.	Ansvar och roller	3
4.	Beskrivning	3
4.1.	Sår på bröstvårtan	3
4.2.	Mastit	3
4.3.	Abscess	3
4.4.	Svamp	5
5.	Kommunikation och implementering	5
6.	Medverkande och granskare	5
7.	Referenser	6

1. Syfte och omfattning

Ett bra och enhetligt omhändertagande av kvinnor som söker för bröstproblem postpartum.

2. Allmänt

Bröstproblem av olika grad och karaktär är vanligt under amningsperioden eller vid amningsavslut. Det saknas riktigt bra studier kring handläggning av dessa.

Mastit rapporteras med varierande incidens i olika studier men sannolikt omkring 3–20%. Primär orsak mjölkstas, viktigt med effektiv tömning av bröstet. Kan bli infektiös, vanligaste agens *S Aureus* men även streptokocker ganska vanliga. Om infektion tillstöter och det inte läker kan en abscess utvecklas. Incidens av abscess 0,1–0,3 % av ammande kvinnor, 3–11% av kvinnor med mastit. Oftast en komplikation till tidigare mastit men ibland utvecklas en abscess utan föregående klinisk mastit.

Storlek och val av behandlingsmetod vid abscess:

Flertalet studier visar att det med perkutana metoder är mycket god utläkning av bröstabscesser i samband med amning. Därför blir det mycket sällan aktuellt med kirurgi (incision and drainage). En studie (Ulitczsch 2004) visade att det var mycket god läkning av nålaspiration och abscess under 3 cm, i samma studie såg man god utläkning på abscesser 3 cm och större med kvarliggande 6-8F drän. Man valde cut off 3 cm baserat på Karstrups tidigare studier men dessa är gamla och dessutom mycket få patienter inkluderade (4 resp. 19). Flera andra studier (t.ex. Colin 2019) har dock visat att det kan fungera utmärkt med endast nålaspiration (eventuellt x flera) oavsett storlek på abscessen (i den studien ända upp till 15 cm!). Den studien lyfter också fram viskositetens betydelse för val av behandling – om det ej går att aspirera ordentligt med nål/venflon trots natriumklorid rekommenderar de pigtailkateter. Man kan också tänka sig primär pigtail om stor och multilokulär abscess eller om den sitter djupt och är svår att komma åt med vanlig kanyl/venflon. Ifall av recidiv efter borttagande av pigtail går det ofta bra att behandla endast med nålaspiration.

3. Ansvar och roller

Läkare, barnmorskor, sjuksköterskor och barnsköterskor tjänstgörande inom verksamheten.

4. Handläggning

4.1. Sår på bröstvårtan

Ofta pga. felaktigt tag/position hos barnet i samband med amning. Överväg odling om svårläkt >1 vecka. Tänk på ev. MRSA. Om tecken på infektion som inte går över överväg Flukloxacillin 1gx3.

4.2. Mastit

Klinik:

Ömt, varmt, svullet område av bröstet. Feber. Kan vara infektiös (men inte alltid), vanligaste agens stafylokocker (S Aureus absolut vanligast) samt streptokocker.

Diagnostik:

Många gånger mycket svårt att avgöra kliniskt om infektiös eller icke-infektiös mastit. CRP skiljer sig inte mellan dessa tillstånd. Växt av bakterier i odling ej heller skäl för antibiotika i sig utan det är helt och hållet en klinisk bedömning. I en studie såg man att 31 % av friska kontroller hade växt av S Aureus i bröstmjolk och 10 % GBS (Kvist 2008).

Behandling:

Antibiotika kan vara aktuellt om inte spontan förbättring sker inom ett par dagar från symtomdebut:

1. Flukloxacillin 1g x 3 i 10 dagar. Vid vikt ≥ 80 kg 1,5 g x 3. Alternativt Klindamycin 300 mg x 3. OBS gäller fullgånget, friskt barn. Annars diskutera med barnläkare. Uppföljande telefonsamtal efter ett par dagar för odlingssvar och utvärdering av behandling.
2. Om odling visar växt av streptokocker (grupp A och B) och patienten ej är kliniskt förbättrad vid telefonuppföljning: T Fenoximetylpenicillin (Kåvepenin®) 1 g x 3 i 10 dagar.

4.3. Abscess

Klinik:

Smärta, rodnad, ibland svängande feber, bröstet kan se spänt, buktande och glansigt ut. Ev fluktuerande område (men detta kan visa sig relativt sent i processen).

Diagnostik:

Ultraljud med hög frekvens (abdominal eller vaginal probe). En abscess är oftast ekofattig och saknar flöde. Om man inte kan se en tydlig abscess med ultraljud rekommenderas ny kontroll efter något/några dygn beroende på den kliniska situationen.

Behandling:

- *Dränering:*
Perkutana metoder god effekt i de flesta fall (men kan behöva upprepas flera gånger) oavsett storlek på abscessen och föredras pga. de fördelar det innebär (ej sövning, ingen separation från barnet, god möjlighet att fortsätta amma, bättre kosmetik).
- 1. Bedövning: Gärna EMLA el motsvarande minst 30 min innan. Injicera valfritt lokalanestetika i huden.
- 2. Ultraljudsledd punktion med 18 G kanyl (rosa) eller venflon (grön), aspirera och odla. Om trögflytande instillera natriumklorid (mängd beroende på abscessens storlek men börja med några ml) och aspirera på nytt. När abscessen är tömd spola med lite natriumklorid igen och aspirera.
- 3. Återbesök efter några (3–5) dagar med ultraljudskontroll. Man kan behöva göra nålaspirationer flera gånger innan tillståndet är utläkt.

Alternativt (om aspiration misslyckas eller om man bedömer att aspiration är svårt primärt enligt texten i bakgrund ovan):

1. Pigtailkateter (8F i första hand alt 6F), aspirera och odla. Remiss skrivs till röntgen för detta. Om dåligt utbyte spola in några ml natriumklorid gärna under kontroll av ultraljud.
2. Därefter hänvisas patienten åter till amningsmottagningen där hon förses med material och instruktioner för fortsatt hantering av dränet i hemmet samt bokning av återbesök.
3. Läkningstid varierar, dränet kan behöva vara kvar 3–7 dagar.
4. Återbesök på amningsmottagningen dagen efter dränet lagts (barnmorskebesök) för klinisk kontroll och uppföljning kring hur det fungerar att spola själv.
5. Återbesök 3–5 dagar efter dränet lagts med ultraljudskontroll (läkarbesök), dessförinnan om försämring i allmäntillstånd.
6. Katetern dras om man efter aspiration inte kan se någon abscess med ultraljud, då aspiratet är klart eller mjölkvitt, då spolmängderna av natriumklorid är små och då patienten förbättras kliniskt avseende smärta.

Om huden över abscessen är tunn, glansig och ibland tom nekrotisk kan man överväga att göra en mini-incision där det fluktuerar som mest och sedan spola kaviteten. Klinisk kontroll efter 2–3 dagar och vid behov spola och aspirera på nytt (Uptodate.com). Detta brukar gå bra i lokalbedövning. Eventuell nekros excideras i samma seans.

- *Antibiotikabehandling:* Flukloxacillin 1,5 g x 3 i 10 dagar. Vid vikt ≥ 80 kg 2 g x 3. Alternativt Klindamycin 300 mg x 3. Ett ytterligare alternativ är Spectramox 500 mg/125 mg x 3 vilket kan övervägas vid terapieresistens, men dränering av abscess fortsatt det viktigaste.
- Fortsatt amning bör uppmuntras särskilt eftersom läkningen går snabbare med fortsatt amning (d.v.s. dränering av bröstmjölk) (Cochrane 2015). Om mamman inte kan/vill amma på det infekterade bröstet kan hon avvakta att amma på det bröstet i någon-några dagar men fortsätta amma på friska bröstet.

Uppföljning:

Alla kvinnor som behandlats för bröstabscess ska uppmanas att höra av sig om kvarstående resistens 2–3 mån efter behandlingen, då ska remiss till bröstmottagningen utfärdas.

4.4. Svamp**Klinik:**

Diffus symtombild. Kan vara rodnat, irriterat kring bröstvårta/vårtgård. Intensiv smärta bröstvårta/diffust i hela bröstet. Klåda. Ibland ses tydlig torsk hos barnet.

Handläggning:

Om stark misstanke om svamp odla för svamp från vårta/vårtgård samt bröstmjölk. Hygienråd! Behandlas eventuellt lokalt med Mikonazol 1x2-3 i minst 10 dagar alternativt om smärtor inne i bröstet och synliga symtom på svamp – K Flukonazol 150 mg som engångsdos. Kan upprepas efter 1 vecka. OBS endast till patienter med friska fullgångna barn. Annars diskussion med barnläkare. Om torsk hos barnet behandlas det samtidigt. Oftast har barnet redan fått behandling via BVC, annars var god se [Rikshandboken – Barnhälsovård, torsk i barnets mun](#) för information.

5. Kommunikation och implementering

VEC ansvarar för att medarbetarna känner till och följer rutinen. Publicerad på Plexus.

6. Medverkande och granskare

Ansvarig för framtagande av aktuell rutin:

Evelina Karlsson, tidigare verksam inom Kvinnosjukvården, Region Gävleborg

Granskare:

Karin Azimi Överläkare Kvinnosjukvården Gävle

Zoltan Zavaczki Överläkare Kvinnosjukvården Hudiksvall

7. Referenser

Dokumentnamn
SLL Bröstkomplikationer i samband med amning (2016)
Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women (review). Cochrane Database of Systemic Reviews. 2015.
Colin C, Delov AG, Peyron-Faure N, Rabilloud M, Charlot M. Breast abscesses in lactating women: evidences for ultrasound-guided percutaneous drainage to avoid surgery. Emerg Radiol. 2019; 26:507–514.
Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast Abscess in Lactating Women: US-guided Treatment. Radiology. 2004; 232:904–909.
Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalén C. The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. Int Breastfeed J. 2008; Apr 7:3–6.
Lam E, Chan T, Wiseman SM. Breast abscess: evidence based management recommendations. Expert Rev Anti Infect Ther. 2014;12(7):753–62.
Amir LH. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. Breastfeed Med. 2014;9(5):239–43.
Trop I, Dugas A, David J, El Khoury M, Boileau JF, Larouche N, Lalonde L. Breast Abscesses: Evidence-based Algorithms for Diagnosis, Management, and Follow-Up. Radiographics. 2011; 31:1683–99.
Uptodate.com. Primary breast abscess. Mars 2020. https://www.uptodate.com/contents/primary-breast-abscess?search=breast%20abscess&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1